

Гусейнов Т.Ю.

СИНДРОМ
ПЕРИКРАНИАЛЬНОЙ
МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ
ДИСФУНКЦИИ ПРИ
ГОЛОВНОЙ БОЛИ

«Если областью головной боли является затылок, то ее причина несомненно связана с большим и малым затылочными нервами, и, по всей вероятности, является следствием заболевания позвоночника между С1-С2 позвонками».

*Четвертая лекция Джона Хилтона
в “Rest and Pain”, 1860 г.*

Введение ко второй редакции международной классификации по головной боли

«Ни один журнал не должен публиковать статьи посвященные головной боли, в которых не используется или не рассматривается эта классификация. Однако, нашей целью не является ограничение исследований по головной боли жесткими рамками. Мы призываем специалистов по головной боли научно освидетельствовать вторую редакцию классификации. Чтобы стимулировать эти исследования мы включили в приложение ряд заболеваний, значение которых в генезе головной боли еще требует уточнений. Мы также предложили для тестирования ряд альтернативных диагностических критериев».

Jes Olesen

Chairman

Headache Classification Subcommittee

International Headache Society

ГБ с характеристиками первичного типа

Появилась в тесной временной связи с заболеваниями групп 5-12

Первичный тип ГБ

Например:

- Мигрень (1)
- ГБ напряжения (2)

Вторичный тип ГБ

Например:

- ГБ ассоциированная с травмой черепа и шеи (5)
- ГБ ассоциированная с заболеваниями шеи (11.2)

Сочетание первичного и вторичного типа ГБ

Например:

- мигрень плюс
ГБ ассоциированная с хлыстовой травмой (1)+(5.4)

Первичный тип ГБ

Ухудшение течения ГБ

*В тесной временной связи с заболеваниями групп 5-12;
или анамнез и обследование предполагают наличие
этих заболеваний*

**ГБ первичного типа
(с отрицательной
динамикой)**

ГБ ≥ 15 в месяц, > 3 месяцев

**хроническая форма
ГБ первичного типа**

**ГБ первичного типа
плюс ГБ групп 5-12
(?)**

*Лечение заболеваний групп 5-12
или спонтанное выздоровление*

Нет улучшения
в течение 3 месяцев

Положительная
динамика



Синдром перикраниальной мышечно-суставной дисфункции (ПМД) при головной боли

Под этим синдромом понимаем биомеханически и физиологически нерациональное функционирование перикраниальных и шейных структур (суставов, мышц, сухожилий и т.п.), которое приводит к хронической ирритации соответствующих проприо-ноцицепторов и, как следствие, к ухудшению паттерна первичных типов головной боли

Диагностические критерии синдрома ПМД

А. Пациент считает, что в течение не менее 3 месяцев, отмечается не менее чем двукратное увеличение частоты или длительности приступов ГБ, существовавшего ранее типа.

Б. Адекватные исследования не обнаружили заболевания или состояния являющегося причиной ухудшения течения ГБ.

В. Наличие не менее 2 из перечисленных признаков, появившихся с ухудшением течения ГБ:

1. Времени суток характерного для начала или усиления ГБ.
2. Не менее чем двукратного увеличения частоты боли (дискомфорта) в области шеи или плечевого пояса.
3. Временной связи между ГБ и болью (дискомфортом) в области шеи или плечевого пояса.
4. Головокружения или шума в ушах (голове).

Г. Наличие одного из признаков, если сторона ГБ совпадает со стороной проявления признака или двух, если не совпадает, или преимущественной стороны ГБ нет:

1. Асимметрия относительно стернальной линии между углами пассивной ротации головы в положении ее максимальной флексии $\geq 10^\circ$.
2. Ритмические надавливания на точку **а** в направлении сустава С1-2 вызывают отраженную типичную ГБ.
3. Сумма баллов болезненности с одной стороны точек **а** и **б** не менее 3 баллов или точек **В** и **Г**, не менее 5.

Примечание: точка **а**-середина линии соединяющей остистый отросток С2 с сосцевидным отростком; точка **б** - каудальная область вырезки сосцевидного отростка; точка **В** - между дугой атланта и затылочной костью, в углублении между трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцами; точка **Г** - над поперечным отростком С1.

Болезненность оценивается по 4-х бальной шкале: 0- нет дискомфорта и боли; 1- сообщение о дискомфорте без мимической реакции; 2- боль с видимой реакцией; 3- сильная боль с выраженной мимической реакцией. Сторона большего количества баллов является стороной проявления признака.

Д. Рентгенологическое функциональное исследование шейного отдела позвоночника выявило одно из следующего:

1. Нестабильность позвонков шейного отдела позвоночника.
2. Выпрямление лордоза или патологический кифоз.